

ISSN 1608-635X (Print)
ISSN 2664-4479 (Online)



Національна академія медичних наук України

Всеукраїнська асоціація кардіологів України

ДУ «Національний науковий центр "Інститут кардіології
імені академіка М.Д. Стражеска" НАМН України»

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XX Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 25–27 вересня 2019 р.)

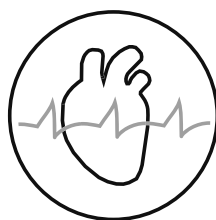
Головний редактор: О.М. Пархоменко

Наукова редакція випуску: М.І. Лутай (голова), Л.Г. Воронков,
С.М. Кожухов, О.І. Мітченко, Л.А. Міщенко, О.Г. Несукай, О.С. Сичов,
Ю.М. Сіренко, Ю.М. Соколов, Т.В. Талаєва, В.О. Шумаков

Том
26

Додаток
1

2019



www.ucardioj.com.ua

Київ • 2019

амплитудой волн f во время индуцированного пароксизма ФП ($r=-0,581$; $p=0,047$).

Выводы. У больных с ПФП установлена взаимосвязь между структурными и электрофизиологическими параметрами, характеризующими аритмогенную готовность предсердий по мере прогрессирования СН. У пациентов с проявлениями СН возрастание уязвимости предсердий проявлялось снижением порога индуцирования пароксизма ФП при более выраженной дилатации ЛП, ухудшении систолической и диастолической функции ЛЖ, снижении показателей, характеризующих ВСП и функцию ПСС.

Статеві особливості вегетативної регуляції серцевого ритму у хворих з ІХС і цукровим діабетом 2-го типу

В.І. Строна, Ю.Г. Горб, Т.І. Кліменко

ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», Харків

Мета – встановити гендерні особливості показників варіабельності серцевого ритму (ВСП) для оцінки вегетативної регуляції у хворих з ІХС та цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу.

Матеріал і методи. Було обстежено 49 хворих ІХС з ЦД 2-го типу (середній вік $52,8 \pm 8,1$ року), з яких 26 (53,1 %) хворих в анамнезі мали інфаркт міокарда, 34 (69,4 %) осіб – артеріальну гіпертензію, у 27 (55,1 %) хворих відзначався II функціональний клас ХСН (NYHA), 22 (44,9 %) – III функціональний клас. Всім пацієнтам було виконано аналіз ВСП в стані спокою і при виконанні активної ортостатичної проби (АОП). Проведення цієї проби дозволяє отримати істотну додаткову інформацію щодо оцінки реактивності автономної нервової системи і вегетативного забезпечення діяльності організму. Оцінювалася низка спектральних (частотних) показників – ТР (загальна потужність спектра), LF (низькочастотні коливання ритму), HF (високочастотні коливання ритму) та їх відношення (LF/HF), відносна потужність коливань потужності в діапазоні дуже низьких частот (VLF %), відносна потужність в діапазоні високих коливань (HF %), відносна потужність в діапазоні низьких частот (LF %). За гендерною ознакою пацієнти були розділені на дві групи: I група – 31 (63,3 %) особа; II група – 18 (36,7 %) жінок. Достовірних розбіжностей за віком, тяжкістю СН, супутньою патологією та медикаментозною терапією між групами не відзначалося.

Результати. У жінок в активному ортостазі достовірно підвищувалися показники LF/HF (з $2,1$ [1,0; 3,8] до $5,4$ [3,4; 10,9], $p<0,001$) і VLF % (з $57,5$ [36,2; 70,5] до $75,2$ [54,8; 85,2], $p<0,001$); зменшувалися значення ТР (з $295,0$ [113,3; 447,6] до $198,5$ [113,5; 335,1], $p=0,002$); HF (з $73,5$ [18,4; 136,2] до $14,1$ [7,1; 29,8], $p<0,001$) та HF % (з $20,4$ [14,2; 41,3] до $7,9$ [4,02; 14,2], $p<0,001$). У чоловіків під час вставання спостерігалася зменшення значення LF/HF (з $6,1$ [2,3; 10,8] до $1,8$ [1,1; 3,4], $p=0,002$) і LF % (з $12,4$ [7,2; 24,8] до $7,1$ [4,4;

$12,6$], $p=0,016$), проте збільшувалися показники, що характеризують функціональний стан парасимпатичної нервової системи – HF % (з $10,4$ [6,5; 13,7] до $25,5$ [17,4; 36,8], $p<0,001$), HF (з $19,2$ [12,3; 43,1] до $63,2$ [30,8; 118,5], $p<0,001$) при відсутності достовірної динаміки VLF % – складової, що відображає активність нейрогуморальної регуляції ангіотензинової системи, а також стан гормональної модуляції регуляторних механізмів.

Висновки. У хворих з ІХС та ЦД 2-го типу було виявлено принципові статеві розбіжності вегетативної регуляції серцевого ритму – у жінок активність симпатичної нервової системи була вище, ніж у чоловіків, тоді як чоловіки зіставного віку мали більш суттєві вагусні впливи на серцеву діяльність.

Оцінка часу в терапевтичному діапазоні (TTR) у пацієнтів із неклапанною фібриляцією передсердь, які отримують варфарин

О.О. Ханюков, Л.В. Сапожниченко, Є.Д. Єгудіна, О.С. Калашникова, М.І. Яловенко

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Терапія оральними антикоагулянтами (ОАК) на даний час набуває особливого значення у зв'язку з поширенням в популяції (особливо в старших вікових групах) фібриляції передсердь (ФП). Застосування ОАК при ФП має велику доказову базу, що підтверджується значним зниженням кількості мозкових інсультів і загальної смертності на тлі антикоагуляційної терапії. Тривалий час «золотим стандартом» серед ОАК був варфарин, що довів свою ефективність у всіх категоріях пацієнтів із ФП. Також з'явилася ціла група нових ОАК (НОАК). Особливостями застосування варфарину в порівнянні з НОАК є наявність відомого антидоту і стандартизованого показника ефективності та безпеки проведеної антикоагулянтної терапії – міжнародного нормалізованого відношення (МНВ). Провідною проблемою при лікуванні варфарином стали складність та одночасно жорстка необхідність підтримання МНВ у терапевтичному діапазоні (TTR – Time in Therapeutic Range) – не менше 60 % часу лікування.

Мета – оцінити можливість тривалого перебування МНВ у терапевтичному діапазоні у пацієнтів із неклапанною фібриляцією передсердь, які отримують терапію варфарином.

Матеріал і методи. Проведено ретроспективний аналіз лабораторних показників МНВ 50 пацієнтів із неклапанною фібриляцією передсердь, які перебували на антикоагулянтній терапії варфарином мінімум 6 місяців (період підбору дози не враховувався). Показник TTR для кожного пацієнта був розрахований за методом лінійної інтерполяції Розендаля.

Результати. Середній вік пацієнтів – $64 \pm 5,1$ року, чоловіки – 23, жінки – 27. Середній бал за шкалою

CHA₂DS₂-VASc – 2,8 бали. Застійна серцева недостатність/дисфункція лівого шлуночка з фракцією викиду $\leq 40\%$ була виявлена у 88 % хворих, артеріальна гіпертензія – у 80 %, судинні захворювання (інфаркт міокарда в анамнезі, периферичний атеросклероз, атеросклеротичні бляшки в аорті) – у 58 %, жіноча стать – у 54 %, вік 65–74 роки – у 30 %, вік ≥ 75 років – у 10 %, транзиторна ішемічна атака або артеріальна тромбоемболія в анамнезі – у 8 %, цукровий діабет – у 6 % пацієнтів відповідно. За шкалою HAS-BLED хворі з високим ризиком кровотечі становили 26 %. 24 пацієнтів були курцями та 6 пацієнтів курили в минулому. 40 хворих отримували лікування аміодароном, 2 – бета-блокатором та 8 пацієнтів аміодароном та бета-блокатором. Середня ШКФ – 55 мл/хв/1,73 м². За даними дослідження середній рівень TTR – 49,8 %. У 62 % пацієнтів, які отримували варфарин, показник МНВ був у терапевтичному діапазоні менше 60 % часу.

Висновки. Перебування у терапевтичному діапазоні МНВ на терапії варфарином більше 60 % від усього часу лікування спостерігалось лише у 38 % пацієнтів, які проводили систематичний контроль МНВ, що за загальноприйнятими стандартами, може свідчити про неефективність та/або небезпечність антикоагулянтної терапії. Одним із рішень цієї проблеми може бути створення кабінетів контролю антикоагулянтної терапії. Існує можливість самоконтролю МНВ за допомогою коагулометрів або, якщо пацієнт не може/не хоче здійснювати постійний жорсткий контроль МНВ, слід розглянути питання переведення його на НОАК.

Клінічні ознаки пацієнтів з фібриляцією та тріпотінням передсердь у поєднанні з АГ, яким була виконана радіочастотна абляція

В.О. Штельмах¹, М.С. Бринза¹, О.В. Більченко², Д.Е. Волков³

¹ Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

² Харківська медична академія післядипломної освіти

³ ГУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева НАМН України», Харків

Високоєфективним методом лікування фібриляції передсердь (ФП) та тріпотіння передсердь (ТП) у пацієнтів з високими класами EHRA є радіочастотна абляція (РЧА). Основною причиною розвитку ФП/ТП у 70 % хворих є артеріальна гіпертензія (АГ), однак дані про вплив АГ на клінічні ознаки пацієнтів з ФП/ТП суперечливі.

Мета – виявити та оцінити вплив артеріальної гіпертензії на клінічні ознаки та ускладнення у пацієнтів з фібриляцією та тріпотінням передсердь, яким була виконана радіочастотна абляція.

Матеріал і методи. Обстежено 90 пацієнтів (39 жінок та 51 чоловік) з ФП/ТП у віці ($58 \pm 10,3$) року, яким була

виконана РЧА. Пацієнти були розподілені на дві групи: основна група – пацієнти з АГ (45 пацієнтів – 20 жінок та 25 чоловіків), група зіставлення – пацієнти без АГ (45 пацієнтів – 19 жінок та 26 чоловіків). Достовірних відмінностей по віку та статі серед груп не виявлено. В обох групах оцінювались хронічні коронарні синдроми (ХКС) (післяінфарктний кардіосклероз (ПІКС), функціональні класи (ФК) стабільної стенокардії); ФК хронічної серцевої недостатності (ХСН), наявність цукрового діабету (ЦД) та гострі порушення мозкового кровообігу. Дані опрацьовували після формування бази даних Microsoft Excel. Для статистичного оцінювання використовувались параметричні критерії (середнє значення – М, стандартна помилка середнього – m) та непараметричні критерії (абсолютні n, кількість), а також відносні (р, процент (%)) та середня похибка проценту sP)) одиниці. Бінарні дані незалежних вибірок виражені в частинах, статистична значущість розбіжностей визначалася з використанням t-критерію, рівень значущості встановлено на рівні 0,05. Крім того, були розраховані відношення шансів (ВШ) та стандартне відхилення (Svsh) для основної та контрольної груп.

Результати. В 15 % пацієнтів основної групи до проведення РЧА спостерігалась АГ 3-го ступеня. Через 3 місяці після проведення РЧА у всіх пацієнтів основної групи переважали нормальні значення систолічного артеріального тиску (САТ) – 120–130 мм рт. ст. Статистично значущих коливань діастолічного артеріального тиску (ДАТ) не було виявлено, і він був в межах 80–89 мм рт. ст. При аналізі ХКС у пацієнтів з АГ 3-го ступеня достовірно частіше зустрічались всі форми ХКС (86 %). В структурі ФК стабільної стенокардії у пацієнтів групи зіставлення виявлялись 2 (50 %) та 3 ФК (50 %) без достовірних розбіжностей, а у пацієнтів основної групи найчастіше було виявлено 3 ФК (58 %). Крім того, у пацієнтів основної групи в переважній більшості виявлялась ХСН (95 %). При аналізі ФК ХСН між групами, достовірно частіше у пацієнтів з АГ 1-го ступеня та пацієнтів групи зіставлення визначали 1 ФК (50 %) без достовірних розбіжностей, а у пацієнтів з АГ 2-го та 3-го ступеня – 2 ФК (41 % та 65 % відповідно). Цукровий діабет 2-го типу (14 %) та гострі порушення мозкового кровообігу (12 %) достовірно частіше спостерігали у пацієнтів основної групи. У пацієнтів з АГ 3-го ступеня достовірно частіше (75 %) зустрічались порушення мозкового кровообігу, ніж у пацієнтів з АГ 2-го ступеня, достовірних розбіжностей між пацієнтами з АГ 1-го ступеня та пацієнтами групи зіставлення не виявлено.

Висновки. У пацієнтів з ФП/ТП в поєднанні з артеріальною гіпертензією достовірно частіше спостерігали такі клінічні ознаки, як: ХКС, ХСН та ЦД. Крім того, у пацієнтів з АГ 3-го ступеня в чотири рази частіше відзначали гострі порушення мозкового кровообігу. Можна зробити висновок, що артеріальна гіпертензія в поєднанні з такими коморбідними станами, як ХКС, ХСН та ЦД ускладнює